# REVISTA MEDICA

DE

# AREQUIPA

ORGANO DE LA

ASOCIACION MEDICA DE AREQUIPA

VOL. 1 No. 2

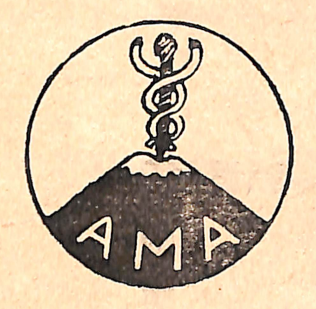



AGOSTO 1950

*EST. GRAF. LA COLMENA, S. A.*
*AREQUIPA - PERU*

REVISTA MEDICA DE AREQUIPA

Vol. I · Agosto 1950 · No. 2




CASILLA Nº 84.
**AREQUIPA, PERU**
PUBLICACION CUATRIMESTRAL DE LA ASOCIACION MEDICA DE AREQUIPA



**COLABORACIONES**

Los trabajos que se remitan para publicación deberán ser escritos a máquina, a dos espacios. Se aceptará solamente el original y no una copia. La bibliografía se sujetará al siguiente orden: nombre del autor, título del artículo, nombre del libro o revista, volumen, página y fecha de publicación.

La revista pagará clichés hasta por el espacio de una página. El exceso será por cuenta del autor. Las fotografías deberán ser nítidas y los cuadros, tablas, etc., dibujados con tinta negra en papel blanco. Toda ilustración deberá ser enviada con el nombre del autor en el reverso. Las separatas serán por cuenta del autor. No se publicará colaboraciones anónimas. La sección Miscelanea aceptará para su publicación cualquier relato corto que se considere de interés para los médicos.

**SUSCRIPCIONES**
**Anual (incluyendo portes): ........ S/.20.00**
**Ejemplar ........ S/. 8.00**

# SUMARIO

TRABAJOS

Pauta para la Historia Clínica Psiquiátrica
Drs. Honorio Delgado y Luis A. Guerra 39

Cloromicetina en Tifus exantemático
Dr. Javier Llosa García .......... 47

Hematomas Yuxtadurales
Dr. Francisco Alayza Escardó ..... 52

EDITORIAL .................... 79

COMENTARIOS ................ 81

MEDICINA AL DIA ............ 85

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE AREQUIPA ............ 86

REVISTA DE REVISTAS ......... 89

MISCELANEA ................ 90

REVISTA MEDICA DE AREQUIPA
Organo de la Asociación Médica de Arequipa

Vol. 1 AGOSTO 1950 Nº. 2

## TRABAJOS

# PAUTA PARA LA HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA

Dres. Honorio Delgado y Luis A. Guerra, LIMA.

La redacción esmerada de una historia clínica es esencial para el estudio sistemático de todo enfermo, y cobra especial importancia para el de la mente. La elaboración de una historia clínica es una obra de arte y una tarea técnica. Quien estudia el caso de una persona con desórdenes mentales revela su cultura psicológica y psiquiátrica al fijar lo que hay de subjetivo, individual y esencial en la biografía del paciente. En el aspecto técnico es recomendable ceñirse a las siguientes recomendaciones:

Abórdese al informante y al paciente con naturalidad y cortesía, sin demostrar la curiosidad de una persona que averigua oficiosamente las vidas ajenas; y no se oculte el fin superior que nos mueve a realizar la anamnesia. Y esto es perfectamente comprensible, ya que quien estudia casos psiquiátricos seguramente lo hace con miras elevadas, no habiendo motivos para ocultarlas ni tampoco para ostentarlas con exageración. El respeto y la consideración con que se atiende al que suministra los datos, constituyen el mejor medio para reducir al mínimun los tapujos, inhibiciones y resistencias del informante, que muchas veces tiende a callar lo más vergonzoso, sin advertir que está restando elementos de juicio útiles para la curación del paciente.

Se debe verificar escrupulosamente la veracidad de cada dato. Si los hay contradictorios, debe resolverse la diferencia por confrontación con la realidad. Sí a pesar de esto no se llega a conclusiones ciertas en ocasiones puede ser útil prestar mayor crédito a la fuente más próxima a los hechos en averiguación. Y en caso de no arribar a un juicio definitivo, transcríbase los informes de las diversas fuentes, consignando explícitamente su procedencia. Tampoco debe impacientarse el médico porque determinado informante, en una oportunidad emita una información dada y después la contradiga. Aun si se descubriera que el informante hubiese pretendido ocultar o deformar los datos, no es necesario reprocharlo. Hay que conducirlo a colaborar eficazmente con uno. Es frecuente que las informaciones inexactas provengan de un falso recuerdo que surge de la sorpresa que ha causado nuestra pregunta.

El estudio de la propedéutica psiquiátrica es en sí muy amplio y su semiotica presupone el conocimiento de la psiquiatría, ya que la exploración del síntoma no tiene importancia si no se conoce su significación. De la misma manera, los cuestionarios de carácter psicológico o psiquiátricos tienen campos de acción limitada y son útiles especialmente para fines estadísticos. No hay un cuestionario que abarque las variadas posibilidades de todas las anomalías y desórdenes mentales. No olvidemos, además, que en ciertas circunstancias los cuestionarios pueden ser falibles dentro del campo de su aplicación, y recuérdese que el uso de los cuestionarios tiende a mecanizar la mente de quien los aplica. De aquí se desprende que es necesario penetrar en el sentido de todas las indicaciones de la propedeútica. Sólo así será posible aplicarlas de acuerdo con las circunstancias sin peligro de desbarrar.

Conviene evitar la formulación de preguntas sugestivas. Entiéndese por tales las que en la interrogación llevan implícita la respuesta, las que insinúan al interlocutor que emita una determinada respuesta y no otra, las que hacen pensar en un solo sentido. Ejemplos: 1º ¿No es verdad que tiene Ud. dolores? 2º ¿Tiene Ud. dolores? 3º ¿No se ha debilitado su memoria? 4º ¿Que tiene acá?.

Las interrogaciones deben ser formuladas de acuerdo con la mentalidad del interlocutor. Es decir, se debe tener en cuenta el grado de cultura, la personalidad y la edad del informante. Estas realidades también tendremos en cuenta para la evaluación de las respuestas que recibamos, ya que nos llegarán cargadas de la subjetividad de la persona que entrevistamos.

Los nombres propios como las fechas deben escribirse completos y exactos. Al no conseguirlos con precisión, debemos hacer notar explícitamente que no hemos podido conseguir información más exacta, por supuesto después de haberla buscado ahincadamente. La claridad, la sencillez y la exactitud deben transparentarse tanto en la versión de estos datos como en la de toda la historia. Es parte de la claridad evitar el uso de tecnicismos o nombres genéricos. Se debe tratar de ser siempre descriptivo, y la presentación de los casos debe hacerse con buen gusto.

La historia clínica completa de un caso psiquiátrico tiene ocho partes: 1ª filiación; 2ª datos acerca de los informantes; 3ª datos genealógicos; 4ª historia personal; 5º información acerca del medio ambiente; 6ª exploración del paciente (somática y psíquica); 7ª observaciones sobre el curso y tratamiento de la enfermedad; y 8º conclusiones. Aquí tratamos sólo de los cinco primeras partes.

### DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos, sexo, edad, fecha (exacta) del nacimiento, lugar de nacimiento (especificando el distrito y provincia); en el caso de un extranjero, mencionar la nacionalidad, la raza y la religión. La dirección actual, la ocupación, y a ser posible, debe consignarse también quien ha remitido el sujeto al lugar donde se le está atendiendo. Además, debe consignarse nombres, apellidos, ocupación y dirección del padre o tutor del paciente. Las cartillas hospitalarias deben tener fotografías del paciente de perfil y de frente, así como el número de ingresos. Finalmente, se consignará la fecha de la inscripción.

### LOS INFORMANTES

De cada persona que suministra los informes anótese: nombres y apellidos completos, dirección, grado de parentesco ó vinculo que tienen con el paciente, su grado de instrucción, la impresión de conjunto que se recoge del informante y, señaladamente, si tiene defectos psíquicos o corporales.

Consígnese si el interlocutor es buen ó mal observador. En el segundo caso, debe diferenciarse si por negligencia capta solo hechos aislados ó si por mala memoria desfigura sus recuerdos o si los expresa con vaguedad. Entre los últimos hay sujetos muy propensos a transponer las fechas, y entre los primeros puede hallarse quienes a falta de buenos recuerdos ofrecen productos de su fantasía. Hay también informantes que con una tendencia dada, se inclinan a matizar su narración con un determinado color, cuyo caso extremo es el de los simuladores. En suma, debe hacerse una estimación prudente del grado de inteligencia y de memoria del informante.

Hay casos en que el informante ha captado bien los hechos, pero tiene dificultades para expresarlos debidamente. También se presentan casos cuya explicación no es fácilmente acequible a causa de que los acontecimientos se han producido en el campo o en el extranjero, donde los hechos pueden ser evaluados de modo distinto al que nos interesa. Hay personas que no desean informar y con tal fin se muestran esquivas o faltan a la verdad. Finalmente, otros informantes desfiguran los hechos tendenciosamente, en sentido inculpatorio ó defensivo del paciente ó de sus allegados.

En la segunda parte de la historia clínica debe sentarse con claridad todos estas proclividades de los informantes y en las siguientes se consignarán los hechos tamizados por las normas que se ha expuesto antes.

### ANTECEDENTES FAMILIARES

Los datos genealógicos son los más elásticos que se pudiera recoger. Depende tal elasticidad tanto de las disposiciones de los informantes, cuanto del esfuerzo y sagacidad del que recoge dichos datos. Según la técnica que emplee la persona que estudia al paciente, puede documentar de manera muy diferente una historia familiar. Los informes recogidos de una sola persona son forzosamente más incompletos que los tomados de varias. Nunca se llega a ser lo bastante esforzado, minucioso y exigente en el estudio de la parentela del paciente. La investigación de los datos de la historia familiar y su exposición resultan mejor cuando se acompañan del diagrama del árbol genealógico. Pero se procura el máximo grado de perfección, cuando además de éste se practica el estudio anamésico y la exploración clínica de cada uno de los relacionados del paciente. Desgraciadamente, las condiciones en que trabajamos sólo nos permiten conversar con uno o pocos informantes.

Acerca de cada pariente se consignan nombres, apellidos, grado de parentesco, lugar y fecha de nacimiento nacionalidad (cuando es extrangero), ocupación y situación que ha alcanzado. Si ha muerto debe registrarse el lugar, fecha y causa del fallecimiento, y si es posible, el tipo constitucional. Es relativamente fácil hallar referencias que orienten dentro del sistema de Kretschmer. A continuación se esbozan la personalidad y carácter de cada familiar, sus propenciones ó inclinaciones, sus actitudes típicas, su comunicación con el medio ambiente las peculiares repercusiones del último en el individuo, su afectividad, el estilo de sus experiencias valorativas, las consecuencias de éstas y los rasgos de conducta antisocial ó cualesquiera anomalías. Es del mayor interés saber si los parientes están ó han sido sanos ó enfermos. Entre los enfermedades tienen mayor importancia las anormalidades y anomalías mentales que las corporales. Por ello se debe aguzar la atención respecto a los puntos siguientes: 1º. Personalidades anormales, psicopáticas ó neuropáticas (cuyas denominaciones populares son "nerviosidad", "carácter fuerte", "neurastenia", etc. (*), el alcoholismo, la propensión a las drogas y la conducta antisocial; 2º. La oligofrenia, la epilepsia y su cortejo de manifestaciones enequéticas; 3º. Las psicosis —psicosis maniaco—depresiva, esquizofrenia, otras psicosis y las no diagnosticadas—; 4º. La corea de Huntington, el daltonismo y otras afecciones neurológicas hereditarias; 5º. Las afecciones corporales hereditarias con mayor o menor repercusión en la vida psíquica: hipertensión, gota, diabetes, otros desórdenes endócrinos, asma, diátesis exudativa, linfatismo, cálculos biliares, o urinarios, cáncer, otros desórdenes constitucionales, con o sin defectos físicos; 6º. Los estigmas de degeneración: albinismo, labio leporino, sindactilia, status dysraphicus, manos, pies o cabeza demasiado grandes o pequeños, y otras deformidades; 7º. Infecciones que de suyo no son hereditarias: sífilis y tuberculosis.

El orden correlativo en que dispone uno los parientes del paciente en la historia clínica debe ser fijo, pero el orden que se sigue en el interrogatorio debe ser adecuado a las circunstancias. Cuando el

---

* El término "nerviosidad" como el de "surmenage" es vago, impreciso y se usa indistintamente para designar a las personalidades anormales como a las neurosis y psicosis. Por lo tanto, cuando un informante diga que determinado pariente es "nervioso", debe preguntarse en que consiste dicha nerviosidad y establecerse sus límites; lo mismo que cuando dice que es "neurasténico", "chiflado", de "carácter fuerte", "demasiado bueno", etc.

informante no es pariente del enfermo, puede ser el que seguirá uno en la versión de la pauta; cuando quien proporciona los datos es emparentado con el sujeto en estudio, conviene comenzar el interrogatorio por los abuelos y, a ser posible, por los bisabuelos de la rama no consanguínea del informante, para continuar con los hermanos y terminar con los parientes consanguíneos del informante. Es inconveniente saltar súbitamente de una cepa a otra en el interrogatorio, porque se perturba el recuerdo en el informante y se dificulta la ordenación ulterior de los datos cuando se procede a la redacción definitiva.

No todos los parientes tienen igual significación heredologica en el estudio de un caso. Son de mayor importancia los parientes directos que los colaterales. Entre los primeros se cuentan los abuelos, padres, hermanos. Entre los gemelos, los univitelinos tienen excepcional importancia. Los colaterales son los tíos, primos, sobrinos, etc. Es obvio prestar mayor atención a los parientes directos y comenzar con ellos el interrogatorio de los antecedentes hereditarios. Cuando entre los parientes se halla gente joven, debe consignarse primero el desenvolvimiento escolar y después la ocupación y situación que ha alcanzado.

En la versión definitiva de la historia clínica se colocará en primer término la cepa paterna de los parientes directos en orden cronológico, después la materna en igual orden, luego los hermanos, incluyendo los abortos, también en orden cronológico de los embarazos correspondientes. En segundo término vienen los colaterales anteponiendo la cepa paterna a la materna, las generaciones antiguas a las nuevas, las anomalías psíquicas a las corporales y las anormalidades hereditarias a las no hereditarias.

Al delinear el diagrama del árbol genealógico se tienen dos lineas directrices: la de las generaciones y la de las cepas. Cada generación tendrá un estrato, que será señalado por un número romano correspondiendo I a la del paciente, II a las de sus padres, III a la de los abuelos etc.; cuando hay parientes de generaciones posteriores a la del paciente, señálense con letras a partir de la siguiente, con la letra "B". En cada estrato o generación será determinado cada sujeto mediante un número arábigo, de suerte que sea fácil hallarlo indicando el número romano y el arábigo que le corresponden. Por eso es conveniente colocar los números arábigos en orden correlativo de izquierda a derecha.

Para distinguir los sujetos representados en el cuadro genealógico se tiene diversos signos. Utilizamos los siguientes: un cuadrado cuando es hombre un círculo cuando es mujer. Los mismos signos pero en mitad del tamaño cuando son muertes prematuras. Media circunferencia (con la parte convexa hacia arriba y el diámetro horizontal) cuando es un aborto femenino y un triángulo cuando lo es masculino. Los gemelos se representan por y cuando se tiene certeza de que son univitelinos, por los individuos que han fallecidos

Las personalidades anormales se representan generalmente por letras que se incluyen dentro del cuadrado o de la circunferencia, de la siguiente manera: Personalidad psicopática Personalidad neuropática Personalidad anormal múltiple Hipertímico H, deprimido D, inseguro anancástico A, inseguro sensitivo S, fanático F, maniático de la notoriedad M, inestable I, explosivo E, pobre de sentimientos superiores P, falto de voluntad V, asténico N, personalidad anormal no diagnosticada X. Además se indican: toxicomanía alcoholismo conducta antisocial R. Oligofrenia Epilepsia Constitución enequética Psicosis no diagnosticada Psicosis maníaco-depresiva Esquizofrenia demencia senil Psicosis de involución depresiva Psicosis de inv. maníaca Corea de Huntington Daltonismo Sífilis Parálisis general prog. Tuberculosis Hipertensión Apoplejía Gota Diabetes Asma Cancer Cálculos biliares Cálculos urinarios Defectos físicos

### ANTECEDENTES PERSONALES

Los datos de la historia personal deben configurar una imagen sintética y funcional del paciente. Con tal fin hay que poner solicitud tanto para recogerlos cuanto para describirlos. Hay que cuidar que la inclusión de los detalles no extravíe la vista del conjunto y que el esfuerzo por analizar los hechos particulares no sea en desmedro de la comprensión de la estructura de las disposiciones y la influencia sobre éste del medio ambiente, sobre todo el humano, con sus constelaciones de relaciones interpersonales.

Pero donde la cautela debe estar más presente es allí donde se tiene datos de la infancia que no parecen ser muy normales. En estos casos más que en ningún otro debe empeñarse el médico en ser narrativo y no interpretativo. Debe relatar los hechos y no incluir conclusiones que prematuramente conduzcan a entender el caso como extraviado o, por el contrario como sano.

La historia del individuo comienza con la etapa preconcepcional, continúa con la preescolar, sigue con la escolar y los problemas de la adolescencia, es decir, el drama de la formación de la personalidad y los lineamientos que hubiera tomado ésta. Viene después el estudio de la vida sexual, el de las enfermedades y accidentes que haya sufrido el sujeto, así como el de excesos o vicios. Finalmente se consideraran las condiciones precipitantes de la dolencia actual y las manifestaciones prodómicas de la misma, continuando con el período de estado y terminando con la evolución.

Entre las condiciones preconcepcionales hay unas que son generales y lejanas, ambas las cuales atañen tanto al padre como a la madre. Sólo mencionaremos el estado de debilidad o agotamiento de ellos, como acontece cuando los progenitores son personas de avanzada edad, o son cancerosos. Más nos interesan otros hechos inmediatos, pertinentes a la madre: que sea sifilítica, nefrítica o toxémica. Es dudoso que tenga influencia en el fruto el hecho que la madre haya sufrido grandes y prolongados pesares durante la gestación.

En cambio el parto tiene innegable importancia. Más aún si ha sido complicado con hemorragias, con asfixia (del vástago), con aplicación del forceps ú otra operación. Debe interrogarse también si en la semana puerperal el vástago ha sufrido convulsiones ictericia u otras afecciones graves propias de esos días.

Es posible reconocer algunas peculiaridades aisladas de la personalidad desde que el sujeto tiene pocas semanas de edad. Para esto los indicios principales nos dá la observación del modo de alimentarse y el tipo de llanto. Pero mucho mayor valor pronóstico tienen ciertas adquisiciones, a saber, la palabra, el alimentarse solo,, el vestirse solo, el aseo, etc. (tratar de precisar la edad del comienzo). El dominio de los vocablos se adquiere normalmente a los dos años de edad aproximadamente. No nos referimos al balbuceo, que se logra antes del año, Si hay retardo en la adquisición de la palabra, probablemente hay retraso mental.

El comer sólo depende de la inteligencia si se considera el aspecto de la coordinación de los movimientos y el uso de instrumentos (cuchara) para llevar los alimentos a la boca. Pero a la vez se observa acá también el papel de la educación sobre la personalidad. El infante no aprende a comer solo a los dos años sino después en dos circunstacias: cuando está abandonado o cuando es objeto de exagerada solicitud. En éste último caso no se crea la necesidad de bastarse por si mismo. De allí que cuando un niño no aprende a comer solo a los dos años o no aprende a vestirse a los cuatro, se hace necesario averiguar las circunstancias que han rodeado al retardo en estas adquisiciones.

El aseo tiene dos fases: la diurna y la nocturna. Aquella depende únicamente de la crianza, de que se haya enseñado al niño el dominio de sus esfínteres y de que tenga suficiente grado de inteligencia como para asimilar la enseñanza. Durante la vigilia el niño es aseado antes de los dos años de edad. Pero lo mas importante es la fase nocturna del aseo. Si la enuresis nocturna no desaparece a los cuatro años de edad, hay que pensar en una falla en el proceso de integración de la personalidad o en un retardo en la mielinización de los cordones nerviosos que dan cumplimiento a los actos voluntarios. La encopresis desaparece poco después de cumplido el año de edad. La enuresis nocturna normalmente puede durar hasta los cuatro años.

Es frecuente que los neuróticos o psicóticos hayan sido enuréticos o que hayan sufrido pavores nocturnos. No debe confundirse el pavor nocturno con el terror nocturno. El primero tiene alta significación pronóstica acerca de la personalidad. Implica un cambio en el estado de la conciencia. Se reconoce en que al día sigiuente el niño no recuerda que ha interrumpido su sueño gritando y que ha conversado con las personas que han acudido a ayudarlo.

Durante el día el objeto de observación es el juego del niño. Tanta significación prospectiva tiene que un niño no juegue como que presente pataletas, obstinación, desobediencia sistemática, desgobierno de los impulsos o miedo exagerado. De la misma manera que en los puntos señalados antes (enuresis, pavor nocturno), en las circunstancias que ahora nos ocupan debemos inquirir cómo se han condicionado la obstinación, las pataletas, etc.

Es muy conveniente insistir acerca de las manifestaciones del sujeto en situaciones de transición: cuando ingresa a la escuela, cuando sale del colegio, cuando ingresa al trabajo o a otros estudios, cuando contrae matrimonio, etc. Todos los cambios ponen a prueba los recursos de adaptación, compensación y regulación de la actividad psíquica del individuo.

### HISTORIA ESCOLAR Y DEL TRABAJO

Hay que ver por separado cómo se realiza la adaptación social del niño a la vida con los condiscípulos y preceptores, cómo se inserta en las actividades lúdicas y cómo en las del estudio. Se debe consignar especificando las calificaciones de aprovechamiento y las de conducta. En la vida escolar se ha-

cen fácilmente observables algunos rasgos de pronóstico sombrío, a saber: retraimiento, suspicacia, falta de felicidad, depresión, miedo, crueldad, falta de confianza en si mismo. Cuando se verifique holgazanería, vagancia o actos antisociales, debe hacerse una averiguación minuciosa de las condiciones de la vida fuera de la escuela, en el hogar y en la calle, señaladamente si hay malas compañías. También se debe establecer un balance entre la "información" o formación intelectual y el grado de instrucción. Esto permite inferir el grado de inquietud intelectual del sujeto y la producción intelectual del mismo. Hay que averiguar también si después de haber terminado los estudios ha sabido colocarse inmediatamente en alguna ocupación, o si ya estaba encarrilado en esta antes de haber terminado sus estudios.

Eficacia del sujeto en el trabajo, satisfacciones que le ofrece, remuneración, estabilidad, concordancia de las aficiones con el género de trabajo que desempeña. A quien cambia de ocupación debe repetírsele este cuestionario para cada una de ellas e inquirir la motivación y fecha del cambio. Hay personas que desempeñan varios trabajos diferentes simultáneamente. Conviene informase acerca de la resonancia que tiene cada ocupación en la subjetividad del paciente. Finalmente, averíguese cuales fueron y son las aspiraciones del individuo, hasta que punto se ha mostrado capaz de poner los medios para lograrlas y para sufrir las frustraciones.

## PERSONALIDAD

Cabe considerar la aptitud del individuo para diferenciar lo esencial de lo accesorio. Averíguese si en situaciones diversas, orientaba su conducta de acuerdo con la realidad y si, en cada caso, se advertía un cierto grado de desorientación y falta de claridad o, por el contrario, plenitud, sentido práctico o logros en el orden teórico. Tiene interés saber si el sujeto ha sido disciplinado o indisciplinado, organizado o desorganizado, disgregado o coherente, profundo o superficial, sistemático o desordenado, crítico, original, autónomo, decidido, productivo, o lo contrario. También se debe saber si en la persona se separaban sus impulsos y sentimientos de sus actos intelectuales o éstos se movían envueltos por aquellos. Si deliberaba fría o apasionadamente, si era distraído, olvidadizo o muy vigilante.

Pero más importante que lo que antecede para el estudio de la personalidad es lo que sigue: si la persona es impresionable o apática, tosca o diferenciada en materia de sentimientos; alegre, triste temerosa, optimista, pesimista; natural, afectada, incontinente o inhibida; franca, indiferente con los demás, cerrada, huraña, recelosa o demasiado confiada; dominante, sometida o condescendiente. Activa o pasiva, rápida o lenta, con empuje o laxa, tensa ú holgada, estable o inestable, falta de impulsos o enérgica e impulsiva. Si se prende y aferra a un solo objeto, si es recalcitrante, insistente, dejada; que partícipe de todo lo ajeno entregándose o tomando distancia con mayor o menor flexibilidad. De la misma manera, si es amigable, bien dispuesta a ayudar o dispuesta a ayudar con medida, o si es egoísta, autista o caprichosa. Todos estos y los anteriores actos pueden ejecutarse con vivacidad o lentitud, con vigor o con apatía. La persona puede producirse y experimentarse activa o pasivamente tensa, espasmódica u holgadamente.

Hay que considerar la situación del sujeto frente a los valores: la categoría de valores preferidos y eficaces; la distancia desde la cual los experimenta, la claridad con que los vive, la profundidad con que éstos se encarnan en la intimidad personal, la disposición dinámica (en el sentido de una mayor o menor urgencia en convertirlos en actos) y la harmonía de la escala de los valores; la harmonía consigo mismo y la harmonía con las normas vigentes en la sociedad.

Todo lo que se ha anotado sobre la personalidad debe ser considerado a lo largo del desenvolvimiento del individuo. Este se desarrolla en son de intercambio inmediato con el medio ambiente humano, es decir, sujeto a los influjos del hogar, de la escuela, de los amigos, etc.

Acá sólo consignaremos que el movimiento general de todo sujeto en la vida es del plano de las tendencias vitales al de los valores superiores, con más o menos vicisitudes, choques, deformaciones, cuya dinámica debe ser puesta en claro con el interrogatorio. Contemplado el sujeto en conjunto se moverá entre sus valores, deseos y aspiraciones, por un lado y la realidad del sujeto, es decir su capacidad para la realización de aquéllos. Se dan entonces diversas situaciones, entre las cuales es importante considerar al sujeto frente a sí mismo, frente al mundo externo y frente a las frustraciones y los éxitos. En cada caso el individuo tendrá un modo propio de obrar, y eso se destacará en la historia clínica. Finalmente, debe percibirse tambien el grado de integración de la personalidad del paciente, es decir, el grado de unidad, coherencia y harmonía, o lo contrario, en el plano físico, en el psíquico y en el espiritual. El grado de integración del sujeto se pone a prueba también frente a las circunstancias del ambiente y a las injurias del mismo. La personalidad bien integrada resiste satisfactoriamente a todas las vicisitudes.

## DESARROLLO Y FUNCION SEXUAL

### Aspecto fisiológico:

Sexo masculino: Edad en que se manifestó la pubertad o cuando se afeitó por primera vez, o cuando cambió la voz. Masturbación: cuando comenzó, cuanto tiempo ha continuado, frecuencia. Actividad sexual: relaciones con mujeres, cuando comenzaron, características y frecuencia, poluciones nocturnas. Reacciones orgánicas vegetativas u otras a consecuencia de las excitaciones o prácticas. Soltero o casado; edad en que se casó, número de hijos. Prácticas anticoncepcionales. Cambios en la potencia sexual. Duración de los cambios. Fecha del último contacto.

Sexo femenino: Historia de la menstruación: edad en que comenzó, ritmo, cantidad y duración. Síntomas premenstruales, comenstruales y postmenstruales. Libido sexual: particularidades. Frigidez. Masturbación: cuando comenzó, cuánto ha durado,

frecuencia. Soltera o casada, edad en que se casó Embarazos, abortos. Número de hijos. Medidas anticoncepcionales. Menopausia: edad y síntomas que precedieron, acompañaron y siguieron.

**Aspecto psicosexual y vida familiar:**

Intereses y curiosidades infantiles no corrientes Intereses en la adolescencia. Aficiones amorosas anormales y perversiones. Modo de ser de los padres y demás familiares. Situaciones familiares: fuertes adhesiones o antagonismos con alguno o con ambos padres, o con otros miembros de la familia. Especial subordinación, confianza, dependencia o repugnancia para dejar el hogar. Actitud con relación a la familia. Modificación de la actitud previa determinada por algunos acontecimientos especiales: sentimientos de culpa postmasturbatorio o postcoitum, motivos para los cambios en las prácticas sexuales y desengaños amorosos. Irregularidades sexuales, seducción, prostitución. Razones habidas para casarse o para conservar la soltería. Tratamiento dado al cónyugue (abuso, separación, divorcio, etc.)

## ENFERMEDADES Y ACCIDENTES

Generales. Qué enfermedades ha tenido el paciente desde la niñez hasta el presente. ¿Algunos síntomas mentales se asocian a estas enfermedades? Desórdenes gastrointestinales, cardiovasculares, renales o de las vías urinarias. Gota, convulsiones, ataques, desmayos, mareos, vértigos, ausencias, jaqueca.

Infecciones: Tuberculosis: evidencia de la infección activa (inquirir los indicios y síntomas). Sífilis chancro, erupciones, etc.; edad cuando lo adquirió, tratamiento (con precisión), síntomas de compromiso del sistema nervioso. Infecciones focales y de otro orden: amigdalitis, caries dentaria, piorrea, otitis, sinusitis, enfermedades del corazón, gonorrea prostatitis, etc. Corea, Sarampion, paludismo, disentería, tifoidea, neumonia, gripe, viruela. Cuantas veces ha sido vacunado.

Síntomas subjetivos de desórdenes endocrinos y del sistema nervioso vegetativo. La informacion ya obtenida acerca de la historia familiar y de la personal puede haber indicado algunos desórdenes endocrinos y neurovegetativos. En algunos casos deben ser investigados los puntos siguientes: afición anormal por los dulces, grasas líquidos y bebidas; regularidad y grado de tal deseo y de los síntomas subsiguientes. Poliuria (diurna o nocturna); síntomas diabéticos. Investigación de los desórdenes atribuídos al sistema nervioso vegetativo, incluyendo los siguientes: sensación anormal de calor o de frío asma, eczema, urticaria, agotamiento o laxitud calofríos, piel de gallina, etc.

## ALCOHOL Y OTRAS INFLUENCIAS TOXICAS

Intemperante, bebedor moderado o persona abstinente. Edad en que comenzó a beber, causa aparente de los excesos, clase de bebida consumida y cantidades aproximadas. Bebedor periódico o permanente. Indole de la reacción habitual al alcohol (intolerancia, embriaguez patológica). Si es intemperante, inquirir acerca de los ataques de neuritis, delirium, episodios alucinatorios, desconfianzas, celos. Costumbre de fumar, de usar coca o sustancias tóxicas; envenenamiento por la naturaleza de sus ocupaciones: plomo, fósforo, arsénico, mercurio; por el gas de alumbrado; intoxicación alimenticia. Alergias manifiestas.

## FACTORES ETIOLOGICOS Y CAUSAS PRECIPITANTES DE LA DOLENCIA ACTUAL

Cambios importantes en el ambiente y en la situación del enfermo antes de la iniciación de su dolencia.

Desórdenes mentales anteriores. Consignar fechas, lugares donde ha sido tratado. Causas aparentes, duración de los ataques y caracteres de los síntomas así como de las enfermedades o desórdenes corporales asociados.

Frecuentemente la enfermedad parece haberse desarrollado de modo general en conexión con causas físicas o mentales, o ambas actuando y constelándose durante un periodo comparativamente largo. En algunos casos las causas pueden ser indefinidas, imprecisas o nó fácilmente determinadas, pero en tales casos se hará una investigación minuciosa acerca de los factores etiológicos posibles y se hará, igualmente, una evaluación de los mismos. En otros casos, la quiebra de la salud mental parece sobrevenir más o menos abruptamente, como si fuera precipitada por algún acontecimiento. Entre estos se cuentan: factores mentales de naturaleza afectiva, tales como episodios amorosos o sexuales, contratiempos, reveses, preocupaciones, desengaños, dificultades, problemas, desavenencias, separaciones, muertes en la familia, nacimientos, matrimonios etc. Causas físicas, tales como enfermedades agudas o crónicas, infecciones, agotamientos, traumatismos, operaciones etc.

En un primer momento la tarea del médico consistirá en descubrir los factores que se han mencionado. Después se afronta una tarea más ardúa, que consiste en inquirir cómo se ha ido alterando la personalidad del paciente con las vulneraciones sufridas. No todos los casos muestran igual grado de dificultad para percatarse de estos hechos y para penetrar su problemática. Tampoco el médico debe apresurarse en arribar a explicaciones. Señaladamente en los casos complejos no es posible hallar la explicación satisfactoria. Pero tampoco esto justifica que el médico renuncie a indagar de inmediato las experiencias más trascedentales del paciente, con cuyo conocimiento se le puede guiar eficazmente.

## INICIACION Y SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD

Conviene recoger el relato tan espontáneo como sea posible de parte del informante, comenzando por la fecha en que empezaron a notarse los síntomas del paciente. A este respecto se prestará debida atención a los cambios observados en el modo de portarse, en su conducta general, en sus estados de ánimo, en el modo de hablar, en su actitud con las demás personas y respecto a su trabajo. Los primeros síntomas pueden ser físicos. En una enfermedad orgánica del cerebro podemos encontrar entre los

primeros signos, una parálisis de los músculos del ojo, un ataque con pérdida de la conciencia, dolores de cabeza. dolores de otra parte del cuerpo etc. En los desórdenes de naturaleza constitucional el comienzo puede estar asociado con manifestaciones físicas, como por ejemplo, síntomas gastrointestinales, preocupaciones hipocondríacas, alteraciones del periodo menstrual etc.

Se averiguará lo relativo a los cambios de los afectos, a la aparición de sospechas, de desconfianza, interes por cosas raras, ideas peculiares y delusiones, asociadas o no con falsas percepciones.

Obtener tantos datos como sea posible acerca de las ideas del paciente. de los tópicos de su conversación y del contenido de sus ilusiones, alucinaciones y delusiones, así como las reacciones que éstas provocan. ¿Qué dicen las voces? ¿Qué se le ha presentado en sus visiones? ¿Telepatía? ¿Hipnotismo?

Olvidos, alteraciones de la memoria, pérdida de la orientación, anublamiento de la conciencia, delirios, confusión mental, estupor, estado crepuscular. Inquirir siempre respecto a ideas o intentos de suicidio, de automutilación o daño. rasgos de violencia, de agresión, tendencias homicidas. Comparar los datos del informante con los datos del certificado de hospitalización si lo hay y con los datos que pueda suministrar el paciente y otros informantes.

¿Qué tratamiento recibió en su casa o fuera de ella? Nombre del médico tratante. Fecha en que el paciente dejó su casa para ir al hospital. Precisar por qué medios se logró sacarlo, quien lo acompañó, y cual fué la reacción del paciente al abandonar su casa.

**PECULIARIDADES DEL AMBIENTE**

En el medio ambiente hay cuatro conjuntos de fenomenos que se debe observar: la condición económica, el ambiente espiritual de la familia, el del barrio y el de los amigos del paciente. El primero se estudia desde el punto de vista del movimiento del dinero que circula en la existencia de la familia y desde el punto de vista de los bienes y especies de que dispone la misma familia. Es instructivo calcular lo que se dispone para gastar diariamente por cada persona, considerar los bienes que consume y utiliza cada uno de los miembros de la familia en su existencia: lo que come, los muebles, la habitación y otros bienes de los cuales disfruta. Todo esto tiene importancia porque las comodidades producen hasta cierto punto sensación de contento y las incomodidades incrementan la frecuencia e intensidad de los choques. Las incomodidades también pueden obrar indirectamente a través de la desnutrición y la falta de higiene. Si con ingresos suficientes se disfruta de poca comodidad. probablemente hay causas de desorganización.

Cuando los padres de familia son alcohólicos, viciosos, personalidades anormales o enfermos mentales pueden deformar precozmente la personalidad de sus hijos. En estos casos es frecuente la falta de armonía conyugal, la cual vulnera los sentimientos fundamentales de los niños y los desorganiza. Todos estos males se agravan cuando hay pobreza o miseria. En los hogares en que reina la división, con frecuencia hay personalidades anormales o psicóticas en acción.

El ambiente de barrio y el de las amistades puede influír corrigiendo o agravando las influencias que acabamos de exponer.

Debe consignarse también los cambios de ambiente en todas sus formas y las fechas en que estos se han producido: cambios de localidad, de amigos y de personas del hogar, sobre todo los cambios susceptibles de haber influído sobre el destino del sujeto.

**ESQUEMA DEL CURRICULUM VIVENDI**

Usamos un esquema que brevemente compendia toda la historia del caso. Ha sido ideado por Adolf Meyer y a continuación proponemos las indicaciones de su uso con algunas modificaciones. El utilizarlo obliga a elaborar los datos con mayor precisión y nitidez.

En la parte superior del papel se cuenta con espacio para disponer el diagrama del cuadro genealógico, de acuerdo con las indicaciones impartidas más arriba. En el resto del papel hay tres campos, especificamente dedicados a consignar lo esencial de la biografía médico—psicológica del paciente. El campo del dibujo separa a los otros dos. En el dibujo hay varios jirones, a saber: el del cerebro, en el cual caben también las observaciones sobre las condiciones mentales; el del sistema neuro vegetativo, en cuyo sector se incluyen asimismo los cambios metabólicos; el del aparato respiratorio, donde se ponen todas las señales atañederas al sistema correspondiente; el del corazón y sangre, para las funciones circulatorias y hemáticas. El aparato digestivo e hígado, los riñones., las glándulas endócrinas, la tiroides y el aparato genital tienen sus correspondientes franjas.

La totalidad de las formas trazadas en el curriculum vivendi componen la base del diagrama sobre el estado de la mente del sujeto considerándose sus situaciones y sus reacciones. Los datos biográficos principales serán indicados en el campo del lado derecho y las manifestaciones patológicas en el del lado izquierdo.

Se comienza a llenar el cuadro poniendo la fecha del nacimiento. En los bordes se escriben los años: en el borde izquierdo se ponen los del calendario y en el derecho se ponen los de la edad que va viviendo el sujeto (no los años cumplidos).

Los desórdenes de cada órgano se señalan con rayas o manchas en la parte correspondiente al dibujo central y se explican en el campo del lado izquierdo. Las manifestaciones psicopatológicas se explican en ese mismo lado y se indican en la franja del cerebro.

Las situaciones se consignan en el campo del lado derecho: las externas, como son los cambios de residencia. de colegio, el fallecimiento de familiares etc., se anotarán cerca del márgen del lado derecho. Las situaciones íntimas, como son por ejemplo, los acontecimientos de la vida amorosa y de la experiencia moral y religiosa, se consignarán en la parte del campo de la derecha próxima al dibujo en franjas.

# CURRICULUM VIVENDI

MODELO DEL DR. ADOLF MEYER, MODIFICADO

Nombre: ______________________________

Herencia: _____________ ______________

Año: _____________ _________________

